

PROTOKÓŁ Z CZYNNOSCI KONTROLNYCH*

NR OR16/3.2/a/C/0001/14 z dnia 22.02.2014

(nr OR/ nr działania /a/ etap¹/ nr prot./rok)

SEKTOROWY PROGRAM OPERACYJNY RESTRUKTURYZACJA I MODERNIZACJA SEKTORA ŻYWNOŚCIOWEGO ORAZ ROZWÓJ OBSZARÓW WIEJSKICH 2004 – 2006 PRIORYTET 3 POMOC TECHNICZNA

ZNAK SPRAWY

DATA WYDRUKU

OR00-61421-OR0000113/06/14

21.02.2014 r.

WYKONAWCA KONTROLI

ARiMR, OR/ DAPI²

ZACHODNIOPOMORSKI ODDZIAŁ REGIONALNY

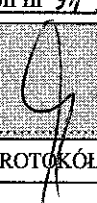
ETAP REALIZACJI KONTROLI:

Priorytet 3 Pomoc techniczna

I. Kontrola na zlecenie WAPPT/WOSIS² w DOWO

Działanie: 3.2 Rozwój Instytucjonalny

Kontrola w wyniku typowania DKM Rekontrola Rozpatrzenie zastrzeżeń do Protokołu II. Wniosek beneficjenta o płatność pośrednią/końcową Etap związania celem


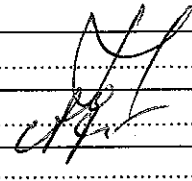
I. Dane osobowe/adresowe			
Jednostka kontrolowana			
1.	Nazwa Beneficjenta	Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego	
Siedziba, kontakt			
2.	Lokalizacja projektu	Województwo zachodniopomorskie powiat: Miasto Szczecin, gmina Miasto Szczecin, miejscowość Szczecin	
3.	Adres siedziby Beneficjenta	Województwo zachodniopomorskie powiat Szczecin gmina Szczecin kod pocztowy 70-540 Szczecin miejscowość Szczecin ul./nr domu/numer lokalu Korsarzy 34	
4.	Osoba reprezentująca ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona) Norbert Nazwisko Obrycki Stanowisko Marszałek Województwa Zachodniopomorskiego Nr telefonu 91 31-29-300 Nr faksu 91 31-29-325 Adres poczty elektronicznej: wprov@wzp.pl	
5.	Pełnomocnik ubiegającego się o dofinansowanie realizacji projektu	Imię (imiona)Nazwisko Stanowisko..... Nr telefonuNr faksu Adres poczty elektronicznej.....	
6.	Dane osoby/osób uprawnionych do kontaktu	Imię (imiona) Paulina Nazwisko Buczkowska Stanowisko - Nr telefonu: 91 31 29 322 Nr faksu: 91 31 29 322 Adres poczty elektronicznej p.buczkowska@wzp.pl	
		Imię (imiona) Nazwisko Stanowisko Nr telefonu Nr faksu Adres poczty elektronicznej	
Inspektorzy Terenowi w BKM/Pracownicy DOWO przeprowadzający kontrole ³			
7.	Imię	Nazwisko	Stanowisko
 Marek Pietruszko Stawowy Inspektor
 Andrzej Gizo Gizo Inspektor
II. Powiadomienie o kontroli			
1.	Data	Sposób powiadomienia telefon	Osoba powiadomiona
	22.02.14 godz. 10 ⁰⁰	Telefon nr 91 31 29 322 /List polecony ²	Paulina Buczkowska
PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI ³		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²
		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ		

¹ P – Wniosek beneficjenta o płatność; C – związanie celem

² Niepotrzebne skreślić

³ Osoba obecna przy kontroli to osoba zapisana w polu 14, 15 lub 16.

III. Wynik kontroli				
Data otrzymania zlecenia/typowania do kontroli ⁴ 18/01/2012				
Osoba obecna przy kontroli	Rodzaj dokumentu tożsamości			
Anna Mieczkowska	dowód osobisty			
Czy przeprowadzono kontrolę?				ND
Jeżeli NIE podać przyczyny:				
Czy sprawdzono wszystkie punkty zlecenia z WAPPT/WOSiS ² w DOWO?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:				
Czy sprawdzono wszystkie punkty z Załącznika do Protokołu z czynności kontrolnych?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:				
Czy inwestycja nie została rozpoczęta przed 1 maja 2004 r., a w przypadku projektu w odniesieniu do którego zastosowano procedurę udzielania zamówień publicznych przed 2 marca 2004 r.		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:				
Czy kopie dokumentów załączonych do zlecenia z WAPPT/WOSiS ² w DOWO są zgodne z oryginałami?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:				
Czy osoba obecna przy kontroli podpisała Protokół z czynności kontrolnych?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny:				
Załączniki:				
1.	Zał. R-4/04/a/3.2/C			
2.	Dokumentacja fotograficzna na CD do wpładu u P.R. MR			
3.	Zarządzenie w sprawie wykonywania zastępstwa			
4.				
5.				

PARAFA OSOBY OBECNEJ PRZY KONTROLI		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	
PARAFA OSOBY ZATWIERDZAJĄCEJ PROTOKÓŁ		PARAFA INSPEKTORA TERENOWEGO/PRACOWNIKA DOWO ²	

⁴ Data typowania do kontroli jest to data otrzymania informacji o przeprowadzonej weryfikacji merytorycznej wniosku w WRDG DAPI, który został wytypowany do kontroli. W przypadku kontroli w okresie związani: celem, jest to data otrzymania z DKM raportu z typowania.

V. Zatwierdzenie Protokołu z czynności kontrolnych		TAK	NIE
1.	Przesłanie Protokołu z czynności kontrolnych drogą pocztową ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egzemplarz <i>Protokołu</i> wysłano w dniu <input type="text"/> Listem poleconym nr <input type="text"/> Podpis pracownika wysyłającego Protokół <input type="text"/>		TAK	NIE
2.	Czy <i>Protokół z czynności kontrolnych</i> sporządzono poprawnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
3.	Wyjaśnienia Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO		
.....			
.....			
.....			
Podpisy Inspektorów Terenowych/Pracowników DOWO			
.....		
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
4.	Protokół z czynności kontrolnych zatwierdzam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeżeli NIE podać przyczyny			
.....			
.....			
.....			
Podpis osoby zatwierdzającej Protokół			
Data	/...../20.....	
Podpis i pieczęć		

⁶ W przypadku kontroli przeprowadzanych przez DAPt, Protokół przekazywany jest do jednostki organizacyjnej ARiMR zgodnie z instrukcją kancelaryjną.

*Na podstawie art. 52 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o Narodowym Planie Rozwoju (Dz.U. Nr 116, poz. 1206, z późn. zm.) oraz w nawiązaniu do §2 i §3 Rozporządzenia Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 27 kwietnia 2007 r. w sprawie trybu kontroli realizacji projektów i programów współfinansowanych ze środków funduszy strukturalnych oraz Funduszu Spójności (Dz. U. Nr 90, poz. 602).

ZALĄCZNIK DO PROTOKOŁU Z CZYNNOŚCI KONTROLNYCH

NR OR16/3.2/a/C/0001/14 z dnia ²⁵ 02.2014

Zał. R-4/04/a/3.2/C

Sektorowy Program Operacyjny *Restrukturyzacja i modernizacja sektora żywnościowego oraz rozwój obszarów wiejskich 2004-2006*

Priorytet 3 – Pomoc techniczna
Działanie 3.2 – Rozwój instytucjonalny

Étap – okres związania celem:

Lp.	Element kontroli	Jedn.	Dane z wniosku	Zgodnoř z wnioskiem		Uwagi
				TAK	NIE	
I. Miejsce realizacji projektu						
1.	Lokalizacja projektu Województwo zachodniopomorskie powiat: Miasto Szczecin, gmina Miasto Szczecin, miejscowoř Szczecin			X		wiŹca lokalna
II. Zakres rzeczowy projektu						
1. ZAKRES RZECZOWY¹						
A.						
1.	1. Udział w studiach podyplomowych	pracownik	6	X		weryfikacja oryginalnych dokumentów
B.						
1.....						
2.....						
PLATNOř KOŃCOWA						
2.	1. Projekt został zrealizowany zgodnie z fakturami lub dokumentami księgowymi o równoważnej wartości dowodowej oraz oznaczonymi datą wyciągami bankowymi lub przelewami bankowymi dokumentującymi operacje na rachunku, z którego dokonano płatnořci lub z innymi dowodami zapłaty złożonymi wraz z wnioskiem o płatnoř			X		Zweryfikowane oryginalne faktury i dowody zapłaty zgodnie z zestawieniem do WOP. Na reversach dokumentów przedstawiono i lub realizację i potać pieczęć i podpis.
III. Zgodnoř z zapisami umowy²						
1.	Beneficjent nie przeniósł prawa własności lub posiadania nabytych dóbr oraz ich wykorzystania zgodnie z przeznaczeniem.			X		nie dotyczy

¹ Kontrolę naleŹy przeprowadziç w oparciu o Zestawienie rzeczowo-finansowe stanowiące załącznik do Wniosku beneficjenta o płatnoř

² Weryfikacji naleŹy dokonaç w oparciu o zapisy umowy/decyzji o dofinansowanie projektu

[Handwritten signature]

